Paciente com:	Sinais Clínicos	Exame Bioquímico	Urinálise	Eritograma	Leucograma	Diagnóstico Exames Complementares	Tratamento	Obs
Diabetes	Poliúria, Polidipsia, Polifagia e Perda de peso. Opacificação do cristalino, descarga vaginal, caquexia, disqueratose Palpação: hepatomegalia	Hiperglicemia Hipercolesterolemia Hiperfosfatasemia Hipertrigliceridemia Hiperfrutosamina ALT alta Uréia e Creatinina normais	Glicosúria Cristalúria Bacteriúria Cetonúria Densidade alta, hiperestenúrico (>1035)	Sem alteração Sem anemia Pode acontecer policitemia em desidratação NDN	Leucocitose por neutrofilia com desvio a esquerda	Glicemia Urocultura e antibiograma no caso de TUI PAS: 120 mmHg	Dieta (pobre em gordura (<10% MS), rica em fibras (>10% MS), CHOs complexos; Insulinoterapia (NHP ou lenta cão) (Glardina gato); Rotina (exercício físico). Antibioticoterapia (caso de TUI) Monitoramento: sintomas (perda de peso 1º desaparecer após insulina), glicemia, glicosilação proteica. Castração para fêmea	Pode-se realizar a curva glicêmica para verificar eficácia da insulina (período de 12h).
Cetoacidose Metabólica	Hiperventilação, naúsea, anorexia, vômito, Hemoconcentração, Síndrome da má perfusão, Taquipnéia	Glicemia >500 mg/dl BOH-Butirato HIPOCALEMIA	Corpos cetonicos Densidade alta Bacteriúria	???	???	Glicemia Hemogasometria	Fluidoterapia intensa; CORREÇÃO DA HIPOCALEMIA; Correção da hiperglicemia (insulina de ação rápida); Correção da acidose com bicarbonato (após hemogasometria) Kit internação	NÃO ESQUECER DE CORRIGIR POTÁSSIO
Hiperadreno	Poliúria, Polidipsia, Polifagia, ganho de peso e cansaço fácil. Teleangiotelectasia, abdómen abaulado, alopecia, pele fina Palpação: Hepatomegalia	FA, ALT altas Hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia Normoglicêmico	Bacteriúria Hipostenúria (1001-1007) Celularidade Leucocitúria	Trombocitose Não tem anemia Hiperfibrinogenemia	Leucograma de estresse (leucocitose por neutrofilia, linfopenia, eosinopenia, monocitose)	Avaliação por imagem para verificar adrenais e teste de supressão com dexametasona Teste de estimulação com ACTH	Iatrogênico: Suspensão de corticoides Tumor na Adrenal: mitotano, adrenalectomia Hipofisário dependente: Trilostane (inibidores da esteroidogenese) Fazer exames de rotina (Plaquetas, ALT, FA, Colesterol)	
Hipotiroideo	Alopecia, ganho de peso, termofilia, letargia, anestro, pelo sem brilho, cauda de rato, face trágica (devido mixedema) Auscultação: bradicardia	Aumento de CK Hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia Normoglicemia	NDN	Anemia normocítica normocrômica	Linfopenia e Leucopenia ???	Avaliação da função tireoideana (TSH alto, T4 total baixo, T4 livre por diálise baixo) Diagnóstico terapêutico (melhora em 15 dias) PAS: 120 mmHg	Tireoxina sintética (Puran ou Sintróide) – não é medicação, é terapia de reposição	

IRA	Oligúria ou Anúria, emese, diarreia, febre	Creatinina e ureia elevadas (azotemia) Hipercalemia Hiponatremia	Densidade urinária baixa Sedimento ativo (infecção?) Cilindros granulosos	NDN PT aumentada (desidratação)	Leucocitose por neutrofilia com desvio a esquerda (em caso de infecção, inflamação)	Ultrassom, hemogasometria	Fluidoterapia Diurético (manitol) Antibioticoterapia (quinolonas, penicilinas, boa perfusão renal) Manejo da síndrome urêmica – Anti emético, protetor de mucosa Correção acidose metabólica - bicarbonato (após hemogasometria)	NÃO UTILIZAR ANTI-INFLAMATÓRIO Não cabe relação PUCU com sedimento ativo
DRC I	Achados	Creatinina <1,4 no cão e <1,6 no gato	Densidade baixa, proteinúria	Sem anemia	———————	Estadiamento, PA, PU/CU, US	Reposição hídrica, alteração de manejo	
DRC II	Poliúria e Polidipsia	Creatinina entre 1,4-2,0 (cão), 1,6-2,8 (gato) Hipercalemia	Densidade baixa/Cilíndros hialinos Proteinúria Ausência de MO		Leucocitose	Estadiamento, PA, PU/CU, US	Reposição hídrica, alteração de manejo	Não cabe relação PUCU com sedimento ativo
DRC III	Poliúria e Polidipsia Mucosas pálidas, desidratação	Uréia e Creatinina altas Creatinina 2,1 a 5,0 cão/2,9 a 5,0 gato	Densidade baixa, Cilíndros hialinos Proteinúria	Anemia	Leucocitose	Estadiamento, PA, PU/CU, US	Fluidoterapia, ração com proteína de alto valor biológico, diminuir fósforo, Eritropoeitina para correção da anemia	
DRC IV	Poliúria e polidipsia, bradicardia, desidratação – mucosas pálidas	Hipercalemia, baixa de HCO3, Hiperfosfatemia, PTH alto, Uréia e Creatinina altas (azotemia) Cr>5	Densidade baixa, Cilíndros hialinos Proteinúria	Anemia	Leucocitose	Estadiamento, PA, PU/CU, US	Fluidoterapia intensa, terapia intensa Eritropoeitina para correção da anemia Possivelmente anabolizante para contribuir com o anabolismo proteico Ração com proteína de alto valor biológico	
Urolitíase	Hematúria, disúria, estrangúria (se obstrutiva iscúria) Dor à palpação	NDN	Densidade urinária alta Cristalúria Análise da composição dos cristais	NDN	NDN	RX simples e contrastados	Estruvita: dietas calculolíticas, úmidas, acidificantes, acidificantes urinários. Cães: +terapia antimicrobiana Oxalato de Cálcio: dietas alcalinizantes + alcalinizantes	NÃO UTILIZAR DIURÉTICOS

Obstrução 48h	Iscúria. EGR, apatia, toxemia Dor a palpação	Azotemia	Densidade urinária alta Hematúria, leucocitúria, cristais	??	??	RX, US	Cirúrgico Fluidoterapia	
TUI	Disúria, estrangúria, hematúria Dor à palpação BEG	NDN	pH alcalino, densidade alta, hematúria, leucocitúria, bacteriúria	NDN	Leucocitose por neutrofilia com desvio a esquerda	Cultura e antibiograma (ideal com punção vesical)	Erradicação da causa base (ex: corticoides, animal "vegetariano") Antibioticoterapia	

ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE NEUROLÓGICO	**Primeira abordagem** • espécie, idade, raça, sexo • anamnese • PU/PD, apetie • habitat, manejo, contactantes • histórico de tratamentos anteriores • início da doença • agudo ou crônico • evolução • progresivo, estável, melhora, intermitente	**Segunda abordagem** • exame físico • geral • emagrecimento, caquexia • exame neurológico • detectar se há uma alteração neurológica • localizar a lesão anatomicamente • fornecer dados para diagnóstico e prognóstico	**Avaliação neurológico** • sistema nervoso central • intracraniano • cérebro • cerebelo • tronco encefálico • medular • C1-C5, C6-T2, T3-L3 ou L4-S2 • sistema nervoso periférico • motor, sensitvo ou misto	
Lesão hemisfério cerebral • convulsão • andar compulsivo para o lado da lesão • head pres • obnubilação ou alteração de comportamento • alteração de estado mental • déficit de reação postural contralateral	**Lesão de cerebelo** • desequilíbrio • incordenação motora • dismetria • tremor de intenção	**Lesão de tronco encefálico** • alteração de estado mental • alteração de nervos cranianos • déficits de reação postural ipsilateral • hemi ou tetraparesia	**Lesão medular (mielopatia)** • paresia ou paralisia caudal à lesão • geralmente para ou tetraparesia / plegia • raramente monoparesia / plegia • ausência de outros déficits neurológicos	**Lesão periférica** • nervo periférico (motor e/ou sensitvo) • mono ou tetraparesia / plegia • atrofia muscular neurogênica (rápida) • hipoestesia e/ou diminuição dos reflexos flexores • • junção neuromuscular (motor) • fraqueza muscular que pioram com exercícios • tetraplegia com diminuição de reflexos flexores e sensibildade preservada

Exame neurológico • postura e marcha • avalia todo o sistema nervoso (triagem) • quando realizar • sempre • reações posturais • quando realizar • nos membros aparentemente normais • diferenciar déficit neurológico de ortopédico • interpretação • fraqueza, incordenação, dismetria	**Avaliação de nervos cranianos** • 12 pares de nervos cranianos • **apenas o Ie I PNC não têm** seu núcleo no tronco encefálico • todos os demais (I ao XI) têm seu núcleo no tronco encefálico •Alterações de nervos cranianos estão na face!! • **central** ou periférico	**Nervos cranianos** • como testar • observar se fareja a sala (I) • resposta à ameaça (I) • manobra oculocefálica (I, IV e VI) • mandibula caída, hipoestesia (V) • atrofia ou asimetria de face (V e VI) • alteração do reflexo palpebral (V e VI) • observar postura da cabeça (VI) • presença de disfonia ou disfagia (IX e X) • movimentação da língua (XI)	**Reflexos medulares** • avalia a via sensitva periférica, motora periférica e a intumescência corespondente • quando realizar • membro(s) aparentemente(s) alterado(s) • diferenciar déficit neurológico de ortopédico • interpretação • normal, diminuído /ausente ou aumentado	**Avaliação da sensibildade** • avalia as vias sensitvas periféricas e centrais • quando realizar • doenças medulares • asociado a atrofia neurogênica ou autotraumatismo • interpretação • presente • diminuído ou ausente abaixo da lesão • a resposta deve ser cerebra
Diagnóstico - VITAMIN D •Vascular • Inflamatória / infeciosa • Traumática / tóxica •Anomalia congênita • Metabólica • Idiopática • Neoplásica • Degenerativa	**Vascular** • focal, agudo e não progresivo **Inflamatória e infeciosa** • focal ou difuso e progresivo **Trauma e tóxica** • histórico compatível e não progresivo **Anomalia congênita** • animais jovens ou filhotes	**Metabólica** • asociado com sintomas sistêmicos (PU/PD, caquexia ou relacionado com alimentação) **Idiopática** • por exclusão **Neoplasia** • animais idosos **Degenerativas** • focal com predisposição racial ou idade		

Convulsão e Epilepsia **VITAMIN D** • **Vasculares** • **Inflamatória / Infeciosa** • **Traumática / Tóxica** • **Anomalia congênita** • **Metabólica** • **Idiopática** • **Neoplásica** • **Degenerativa**	• **Vascular** – 40 cães com infarto cerebral confirmado por resonância magnética • média 8,4 anos (1,5 - 15 anos) • 18 cerebelo • apenas 1 apresentou convulsão imediata • 2 tardiamente (10 e 31 semanas) – "ataque isquêmico transitório" – encefalopatia isquêmica felina (20%) – uso profilático de AC não reduz o risco	• **Infeciosa** – viral, protozoário, fungo, alga • **Inflamatória** – meningoencefalites • geralmente – jovens (qualquer idade) – progresivo – multifocal (focal) – convulsão em cerca de 10% dos casos	**Traumática** – risco desconhecido em cães e gatos – em humanos: • 4541 casos de TCE –101 (2,2%) convulsão na 1ª semana – 143 (3,1%) convulsão posterior –relacionado a gravidade do trauma • uso profilático de AC não reduz o risco **Tóxicas** (toxinas exógenas) – histórico compatível – organofosforados / carbamatos – piretróides em felinos	**Anômala** (mal formação congênita e/ou hereditária) – hidrocefalia – lisencefalia • geralmente: – filhotes e jovens < 1 ano – progresivo ou não – focal (multifocal)
• **Metabólica** – hipoglicemia (insulinoma) – encefalopatia hepática (anastomose PS) – encefalopatia urêmica – hiperlipidemia (schnauzer) • geralmente – qualquer idade – asociada a sintomas sistêmicos • apatia, PD /PU (anúria) – não apresenta lesão estrutural (?)	• **Idiopática** – genético (?) – sem alteração no exame físico, laboratorial e imagem • hemograma, bioquímica sérica, eletrólitos e líquor • sorologia negativa para as principais doenças • ausência de alteração pela RM – exclusão de outras causas ↳ qualquer idade	**Neoplasia** – primária – metastática • geralmente – animal idoso – focal e progresivo – em cães: • convulsão em cerca de 50% dos casos – em gatos: • convulsão em 23% (14/61)	• **Degenerativa** – relacionadas • com alterações genéticas de metabolismo • leucoencefalomalácia –filhotes ou jovens (pug, maltês, yorkshire) –doenças de estocagem • deposição de proteínas no SN –idosos –amiloidose, corpúsculos de Láfora	

Tratamento anticonvulsivante • droga de primeira escolha fenobarbital – exceção aos hepatopatas • droga de segunda escolha brometo de potásio – aviar em solução a 20% (calcule o volume para 10 dias de tratamento) • farmacodinâmica e mecanismo de ação dos anticonvulsivantes	• monitoramento pré- tratamento – função hepática no caso de fenobarbital – função renal no caso de BrK (?) • ajuste de dose – fenobarbital • fase de sonolência • fase de concentração sérica estável • indução enzimática	• proprietário – fenobarbital é um anticonvulsivante – tratamento sintomático – cerca de 40 - 50% dos pacientes continuam a convulsionar mesmo medicados – objetivo é diminuir a intensidade da crise e aumentar o intervalo entre as convulsões – cerca de 20% dos pacientes (humanos e caninos) não respondem ao tratamento anticonvulsivante	**Na prática.** • um cão epilético em tratamento há 10 dias com fenobarbital dose baixa convulsionou – aumentar a dose ou expectativa? • um cão epilético em tratamento há 30 dias com fenobarbital dose baixa convulsionou – aumentar a dose ou expectativa? • um cão epilético em tratamento há 90 dias com fenobarbital dose baixa convulsionou – aumentar a dose ou expectativa?	**Quando iniciar o BrK** • mal controle com dosagem sérica de fenobarbital entre 30-35?g/dl • "dose alta" de fenobarbital (> 4- 5 mg/kg, q12h) • suspeita de hepatopatia **Recomendações** • não diminuir a dose do fenobarbital inicialmente • sempre após a alimentação • iniciar uma vez ao dia e à noite • ajustar a dose de acordo com o paciente – aumentar a dose diária ou pasar para cada 12 horas – sonolência excesiva diminuir o fenobarbital

DOENÇA	SINTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
ESOFAGITE	anorexia, sialorréia, hematêmese em casos crônicos, regurgitação por estenose esofágica	RX (?) - somente se houver estenose endoscopia	- anti-emético -ondansetrona (0,5 a 1 mg/kg/q12h) - antiácido - ranitidina (2 mg/kg/q12h) e omeprazol (0,7 a 2 mg/kg/q24 - protetor de mucosa - sucralfato (0,5 a 1 g/animal/ q6-8h) ⍰ em caso de estenose - dilatação gradual por endoscopia
MEGAESÔFAGO	- sem pneumonia aspirativa apetite voraz, regurgitação, emagrecimento - com pneumonia aspirativa anorexia, tose produtiva, secreção nasal e dispnéia.		- tratar a causa de base - dieta pastosa e manter em posição bipedal, por pelo menos 20-30 minutos. - antibioticoterapia em caso de pneumonia aspirativa
MEGAESÔFAGO (PAAD)	- regurgitação pós-desmame, caquexia, prejuízo do crescimento, tose produtiva e secreção nasal	- Idade do paciente (filhote pós-desmame) - anamnese / ex. físico - RX simples e contrastado	- correção cirúrgica (escolha) - manejo (dieta pastosa, posição bipedal) - antibiótico em caso de pneumonia
MEGAESÔFAGO (MIASTENIA GRAVIS)	- anorexia ou apetite voraz - regurgitação - fraqueza muscular que pioram com o exercício (generalizada) ⍰ tose produtiva e secreção nasal em caso de pneumonia aspirativa	- anamnese, ex. físico - RX simples e contrastado - em caso de suspeita de MG generalizada: teste de desafio com anticolinesterásico (cloridrato de edrofônio 0,1 - 0,2 mg/kg/IV ou metilsulfato de neostigmina 20 ug/kg/IV - dosagem de Ac contra receptores de Ach	- anticolinesterásico brometo de piridostigmina 0,5 a 3 mg/kg/BID ou TID (Mestinon®) - prednisona em dose imunosupresora - em caso de megaesôfago, dieta pastosa e em posição biedal - NÃO tem coreção cirúrgica ou melhora com o tratamento para miastenia gravis
MEGAESÔFAGO IDIOPÁTICO	- anorexia ou apetite voraz, regurgitação, emagrecimento ou tose produtiva, secreção nasal e dispnéia	- anamnese, ex. físico, RX simples e contrastado - eliminação de outras causas	- dieta pastosa e em posição bipedal - antibióticos em caso de pneumonia aspirativa - NÃO tem coreção cirúrgica
GASTRITE AGUDA	- anorexia, vômito e melena - hematemese nos casos mais graves - raramente dor abdominal e postura anti-álgica	anamnese, ex. físico - ex. laboratoriais (hemograma, FR, FH não ajudam) - ex. complementares - RX, US, endoscopia (após RX e US)	- restabelecer o equilíbrio hídrico/eletrolítico e manejo alimentar - casos brandos - anti-eméticos (ondansetrona) e antagonistas H2 (ranitidina) - casos graves - ondansetrona, ranitidina, omeprazol, sucralfato

GASTRITE CRÔNICA	Vômito persistente	ex complementares: eliminação - uso crônico de AINES - intolerância alimentar - inflamatórias / infeciosas - neoplasias - doença renal ou hepática - hipoadrenocorticismo (vômito recorente) - síndrome do vômito biloso (jejum prolongado) diagnóstico diferencial - gastrite linfocítica-plasmocítica - gastrite eosinofílica - neoplasias gástricas (linfoma / carcinoma) - endoscopia ou laparotomia para biópsia / histopatológico - em caso de suspeita de hipoadrenocorticismo fazer relação Na/K e teste de estimulação com ACTH	- linfocítica-plasmocítica e eosinofílica - dieta com proteína inédita ou hidrolisada ⍰ adicionar fibras na dieta - antieméticos, antagonista H2, sucralfato - prednisona - neoplasias - quimioterapia? / excisão cirúrgica? - prognóstico reservado
ÚLCERA GÁSTRICA	- anorexia, vômito, hematemese, melena, dor abdominal, postura anti-álgica - em caso de perfuração, peritonite e abdômen agudo	- anamnese, ex. físico - RX simples e contrastado, US - pesquisar a causa de base !! - endoscopia / biópsia / HP	- remover a causa de base e manter a perfusão da mucosa (fluidoterapia) -diminuir a acidez gástrica e proteger a úlcera - laparotomia em caso de peritonite conservativo - manejo alimentar ⍰ ondansetrona - ranitidina asociado ao omeprazole - sucralfato (0,5 a 1 g/ q8-12h) -fluidoterapia agresiva cirúrgico - em caso de peritonite ou má resposta no tratamento médico
DIARRÉIA AGUDA	etiologias - infeciosa (parasitárias, bacterianas, virais) - medicamentosa (AINE, ATB, quimioterápicos) - nutricional (dieta, alergia ou intolerância alimentar) - extra-intestinais (IR, IH, pancreatite) - idiopática (gastroenterite hemorrágica idiopática)	- resenha / anamnese / exame físico - diagnósticos prováveis - exames complementares	- tratar a causa de base - restrição alimentar - manter a volemia (fluidoterapia) - antibioticoterapia ?

PARVOVIRUS/ CORONAVIRUS	-fezes pastosas ou líquidas, de odor fétido, asociado a anorexia total ou parcial e emese - diarréia intensa, desidratação e choque hipovolêmico e/ou séptico	clínico (resenha / anamenese/ ex. físico) - hemograma com leucopenia e linfopenia (inespecífico) - medir glicemia sempre	- ondansetrona e ranitidina - fluidoterapia com ringer lactato - antibioticoterapia
HELMINTOS	geralmente filhotes ou jovens - fezes pastosas ou líquidas, com hematoquesia e asociado a parorexia e anemia de grau variado - presença de vermes nas fezes	- coproparasitológico	- fembendazol (50 mg/kg/q24h, 3 dias e repetir após 14 dias) - nematóides e giárdia - aSsociação de praziquantel, palmoato de pirantel, febantel - cestóides o princípio ativo é o praziquantel - sulfato feroso nos casos de anemia grave
GIARDIA – ISOSPORA/ COCCIDIAS	- diarréia pastosa, geralmente branda e renitente e intermitente - raramente associada a anorexia, hipertermia ou desidratação clínica	- coproparasitológico - para giárdia, flutuação com sulfato de zinco (3 amostras consecutivas)	- giárdia: fembendazol ou albendazol ou metronidazol por 5 dias - cocidias e isospora: sulfas - tratar todos os contactantes! - higienização do ambiente e do animal!
DIARRÉIA CRÔNICA	Etiologia - hipercrescimento bacteriano ? - sensibildade alimentar ⍰ enterite linfocítica-plasmocítica / eosinofílica (doença inflamatória intestinal) comum em gatos - síndrome de má digestão (IPE) - síndrome do intestino curto - neoplasias intestinais	- eliminação - biópsia e histopatológico	- alteração da dieta com proteína inédita ou hidrolisada - prednisona - fibras (em cães)
DOENÇA INTESTINAL OBSTRUTIVA	vômito intermitente e persistente, anorexia, desidratação, choque - no caso de intussuscepção, relacionada com histórico de diarréia	- anamnese, ex. físico - RX simples e/ou contrastado - ultrassom (no caso de intussuscepção)	- restabelecer o equilíbrio hídrico e eletrolítico - antibioticoterapia amoxacilna clavulanato ou enrofloxacina associado com metronidazol - correção cirúrgica
DIARRÉIA CRÔNICA IG	etiologia - doença inflamatória intestinal - colite eosinofílica - colite linfocítica-plasmocítica - neoplasias	- anamnese (diaréia crônica), ex. físico - colonoscopia / biópsia / histopatológico	- dieta hipoalergênica - sulfasalazina (20-30 mg/kg/BID ou TID) / metronidazol (12,5 mg/kg/SID ou BID) - fibras (Loraga; Metamucil) - prednisona (0,5 a 2 mg/kg/SID)
CONSTIPAÇÃO (MEGACÓLON)	- aquesia que pode estar associada a anorexia, perda de peso, fraqueza, vômito e desidratação	- resenha, anamnese, ex. físico - RX, US	- corrigir o balanço hídrico e eletrolítico - lavagem intestinal - dieta com alto teor de fibras (Loraga) - lactulose (Lactulona) (0,25 - 0,5ml/kg/q12 ou 8h) - domperidona (Motilum) / - cirúrgico

PANCREATITE	• inflamação do pâncreas por ativação das enzimas pancreáticas dentro das células acinares que promove a sua autodigestão • sintomas dependem da severidade do quadro - leve(asintomático / inespecífico) - moderado /severo (anorexia, êmese, diaréia, dor abdominal, febre e icterícia) - fatal (choque, dispnéia aguda, SIRS, CID)	• sintomas /histórico • imagem • RX (24%), US (68%) • amilase /lipase(baixa sensibildade e especificidade) • lipase pancreática específica (PL) • laparotomia	- analgesia com opióides (fentanil / morfina / meperidina) - controle da êmese (ondansedrona / ranitdina) - fluidoterapia agressiva (melhora da perfusão tecidual) • dieta - nutrição enteral espontânea, por sonda esofágica, nasogástrica ou jejunostomia - dieta pobre de gordura!! - antibiótico de amplo espectro (enrofloxacina) • cirúrgico Prognóstico através de exames a fim de verificar outros órgãos: exames laboratoriais: hemograma e plaquetas, uréia e creatinina, ALT, FA, glicemia / β-hidoxibutirato, pH sanguíneo
INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA	• deficiência de enzimas pancreáticas devido a atrofia acinar pancreática, geralmente de causa idiopática • não há envolvimento do pâncreas endócrino (exceção na pancreatie crônica) • sintomas de síndrome de mal digestão - diarréia crônica (95%) - emagrecimento (87%) - polifagia (52%) - êmese (24%) - borborigmas / flatulência	TLI (trypsin-like immunoreactivity) em jejum • alta sensibildade e especifcidade - normal: 5 - 35 ug/l - suspeito: 3 – 5 ug/l - IPE: < 2,5 ug/l	- suplementação com pancreatina - 1 colher das de chá /10-20 kg junto com a dieta - dieta com alta digestibilidade, restrição de gordura e pouca fibra - suplementação com cobalamina (10 - 250 mg/semana, pelo menos 1 mês) - antibiótico (oxitetraciclina ou metronidazol)
Doença Hepática	• principais alterações - podem ser asintomáticos - anorexia e êmese - hepatomegalia nem sempre asociada - não há ascite - pode ou não ocorer icterícia	• histórico • aumentos da ALT proporcionais à lesão • aumentos da FA (colestase) • albumina normal • ultrasom pode ou não haver alteração • em caso de cronicidade realizar biópsia e histopatológico	• tirar ou tratar a causa de base /sintomático (auto-limitante) • ácido ursodeóxicólico (Ursacol®) • colerético • 5 mg/kg, q8-12h • reavaliar exames laboratorias em 2-4 semanas) • silmarina (Legalon®) 50-250 mg/kg, q12h? • SAMe 20 mg/kg/dia?

Insuficiência hepática aguda	• lesão de mais 70% do parênquima hepático (pode ser reversível) • anorexia, êmese asociado ou não à diaréia • não há caquexia • raramente há ascite • pode ou não ocorer icterícia • pode ocorer sintomas de encefalopatia hepática	• aumentos signifcativo da ALT e FA • proteínas totais e albumina normais • pode ocorer aumento da bilrubina direta • ultrasom: esplenomegalia • biópsia e histopatológico em caso de má resposta ao tratamento	• retirar ou tratar a causa de base • fluidoterapia com glicofisiológico • dieta com restrição protéica e proteínas de alto valor biológico • metronidazol • lactulose (lactulona®) • ondasetrona / ranitidina / omeprazol • ácido ursodeoxicólico (Ursacol®)
Insuficiência hepática crônica	• lesão de pelo menos 70% do parênquima hepático (ireversível devido à fibrose) • pode ocorer anorexia, êmese e melena • geralmente ascite • caquexia • pode ou não ocorer icterícia • pode ocorer sintomas de encefalopatia hepática • ascite • hipertensão portal (aumento da presão hidrostática) • ativação do sistema renina angiotensina aldosterona e consequente retenção de Na+ • diminuição do metabolismo de cortisol endógeno e estimulação da aldosterona • hipoalbuminemia (diminuição da presão oncótica) • diminuição da síntese de albumina	• ALT com aumentos discretos • FA variável • albumina sérica baixa!! • pode ocorer aumento da bilrubina direta • ultrasom: microhepatia com áreas hipoecóicas e hiperecóicas • biópsia e histopatológico? **Ascite** • relacionada a hipertensão portal e hipoalbuminemia (<1,5 mg/dl) • pode ser detectável na palpação abdominal pela palpação percusiva • não é emergencial • em caso de dúvida realizar US antes • lembrar de outras causas de ascite como insuficiência cardíaca congestiva direita, peritonite, neoplasias abdominais, etc	• tratar posível gastrite • suplementação de vitamina K e complexo B • corigir a hipoalbuminemia, se houver • dieta com proteínas de alto valor biológico • transfusão de plasma? • paracentese em caso de ascite grave • diuréticos (furosemida 1-2 mg/kg q12h e/ou espironolactona 2-4 mg/kg q12-24h) • fluidoterapia com solução glicofisiológica • dieta com restrição protéica e proteínas de alto valor biológico • metronidazol • lactulose (lactulona®) • antibióticos: prednisona / colchicina? **Tratamento da ascite** • paracentese • sempre esvaziar a bexiga antes • deixar pelo menos 20% do volume • realizar lentamente para evitar hipotensão • utilzar diuréticos para evitar recidiva (furosemida e/ou espironolactona)
Anastomose porto-sistêmica	• incidência • principalmente em animais com menos de 1 ano de idade, mas pode ter sintomas tardios • schnauzer • sintomas • encefalopatia hepática ou convulsão, que podem ou não estar relacionado com a alimentação	• diagnóstico • ALT e FA geralmente normais ou aumentos discretos • hipoalbuminemia somente nos casos mais crônicos • pode ocorer isostenúria • pode apresentar cristais de biurato de amônio (sempre é asociado a hiperamonemia) • pode haver diminuição da uréia sérica	• tratamento conservativo • dieta com restrição proteica • lactulona 0,25 a 0,5 ml q8 ou 12h • metronidazol 7,5 mg/kg q12h asociado a ampicilna 20 mg/kg q12h • glicofisiológica em caso de hiperamonemia intensa • se houver convulsão... • tratamento cirúrgico • coreção da anastomose

		• diagnóstico (alta sensibildade) • ácidos bilares pré e pós-prandial (triagem) • dosagem de amônia sérica • ultrasom: • visualização da anastomose • nos casos crônicos pode ocorer diminuição da masa hepática (microhepatia) e hipofunção • sensibildade em mais de 70% dos casos	• ligadura parcial da anastomose • celofane • ameróide (htp:/www.proaxis.com/~kpm/index.html) • contra-indicado em pacientes com microhepatia ou hipoalbuminemia grave • pode ocorer morte por hipertensão hepática aguda
Lipidose hepática felina	• histórico • gato obeso com anorexia prolongada e emagrecimento acentuado • êmese, sintomas de encefalopatia hepática (sialoréia e apatia intensa) • exame físico • icterícia • desidratação • hepatomegalia	• diagnóstico • aumento desproporcional da FA (⍰⍰⍰) em relação a GGT (⍰ ou normal) • ALT ⍰, bilrubina ⍰⍰⍰, bilrubinúria; • azotemia pré-renal • hipocalemia • US: hiperecogenicidade difusa • citológico com > 80% dos hepatócitos com vacúolos intracitoplasmáticos	• tratamento • tratar a encelopatia hepática, se houver • restabelecer o equilíbrio hídrico • evitar ringer lactato • NÃO utilzar soluções com glicose • reposição de potásio • L- carnitna (250 a 50 mg /gato/q24h) • repor vitamina K e do complexo B • restabelecer a alimentação (tubo esofágico)
Hidrocefalia	sintomas – sonolência excesiva – cegueira – síndrome cerebral • convulsão • andar compulsivo em círculos • cegueira • alteração de comportamento • obnubilação	• diagnóstico – idade, raça exame físico – no caso de fontanela aberta: ultrasom – no caso de fontanela fechada ou suspeita de ser adquirda: tomografia ou RM	tratamento nos casos mais graves – em caso de convulsão ou status epileticus • diazepan 0,5 mg/kg, IV asociado ao fenobarbital 2-4 mg/kg, SC – em caso de síndrome cerebral aguda • furosemida 1-2 mg/kg, IV ou SC, seguido de manitol 0,5 a 1 grama/kg, IV rápido (15 minutos) tratamento crônico (⍰ produção de líquor) – corticosteróides • prednisona (1 mg/kg, q24h) ou dexametasona (0,2 mg/kg, q24h) e redução gradual por 15 a 30 dias – diuréticos (cuidado com a desidratação) • furosemida (1-2 mg/kg, q12 ou 24h) • acetazolamida (5-10 mg/kg, bid, 30 dias) – outros • omeprazol tratamento crônico (sintomático) – controlar as convulsões (se houver) • fenobarbital (2 mg/kg, q12h) – evitar traumas e quedas • tratamento cirúrgico

			– colocação de válvula ventrículo-peritonial ? – atualmente pouco recomendado
Meningoencefalite granulomatosa	características clínicas – geralmente acomete cães de pequeno porte, adultos jovens, com maior incidência em fêmeas • pode ocorer em qualquer aça, idade e sexo – sintomas dependem da região acometida do SNC • pode ser focal ou multifocal • caráter progresivo	• diagnóstico – exame do líquor: pleocitose mononuclear – necroscópico: infiltrados perivasculares – terapêutico • diagnóstico diferencial – encefalites infeciosas (cinomose) – hidrocefalia e neoplasia intracraniana – encefalite necrotizante (pug, maltês, yorkshire e chiuhaua)	• tratamento – prednisona (1-2 mg/kg, q12h ou q24h) – asociado a azatioprina (2 mg/kg, q24h, por 14 dias e então 2 mg/kg, q48h) • prognóstico – variável – sobrevida média
Neoplasia intracraniana	características clínicas – geralmente animais idosos (> 7 anos) – sintomas dependem do local afetado – "efeito de masa" /edema peritumoral • síndrome cerebral • convulsão –em cerca de 50-80% dos cães –em cerca 25% dos gatos	• diagnóstico – tomografia ou resonância magnética – líquor e radiografia de crânio tem pouco valor diagnóstico – pesquisar tumor primário em caso de suspeita de metástase cerebral	• tratamento "ideal" – radioterapia – asociação de craniotomia e radioterapia – quimioterapia não é efetiva (bareira hematoencefálica) • tratamento paliativo – prednisona 1-2 mg/kg, q12h ou 24h e redução gradual para dose mínima efetiva • prognóstico reservado